Aktuelle Ernährungsmedizin

Herausgeber/Editor-in-Chief

S. C. Bischoff, Stuttgart

Co-Herausgeber/CME Section Editor

Chr. Löser, Kassel

Assoziierte Herausgeber/Associate Editors

M. Adolph, Tübingen
J. Arends, Freiburg
H. K. Biesalski, Stuttgart
H. Daniel, Freising
W. Druml, A-Wien
B. Koletzko, München
H. Lochs, A-Innsbruck
R. Meier, CH-Liestal
M. J. Müller, Kiel
J. Ockenga, Bremen
M. Plauth, Dessau
C. Sieber, Nürnberg
P. Stehle, Bonn
A. Weimann, Leipzig
G. Wolfram, München
S. Zipfel, Tübingen

Für die Organschaften

O. Adam, München (DAEM)
M. Hiesmayr, A-Wien (AKE)
P. E. Ballmer, CH-Winterthur (GESKES)
C. Sieber, Nürnberg (DGEM)
J. G. Wechsler, München (BDEM)

Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board

P. E. Ballmer, CH-Winterthur
I. Bergheim, Stuttgart
A. Bosy-Westphal, Kiel
C. Braegger, Zürich
F. M. Brunkhorst, Jena
M. de Zwaan, Erlangen
T. Ellrott, Göttingen
T. W. Felbinger, München
M. Groeneveld, Bonn
D. Haller, Freising
M. Hiesmayr, A-Wien
E. Holm, Heidelberg
K. W. Jauch, München
M. Kemen, Herne
L. Krähenbühl, CH-Bern
M. Krawinkel, Gießen
M. P. Manns, Hannover
S. Mühlebach, CH-Basel
E. Nagel, Bayreuth
A. F. Pfeiffer, Berlin
M. Pirlich, Berlin
E. Pscheidl, Landshut
C. Puchstein, Herne
M. Ristow, Jena
E. Shang, Leipzig
Z. Stanga, CH-Bern
D. Volkert, Nürnberg
T. Werfel, Hannover
K. Widhalm, A-Wien
K. Winckler, Frankfurt/M.

Organschaften

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE)

Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES)

Deutsche Akademie für Ernährungsmedzin e. V. (DAEM)

Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM)

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

www.thieme-connect.de/ejournals
www.thieme.de/fz/akternmed

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags

Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie

Transgender, Transsexualism and Gender Dysphoria: Current Developments in Diagnostics and Health Care

Zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Timo O. Nieder, Peer Briken, Hertha Richter-Appelt

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

VNR
2760512014144214607

Bibliografie
DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1336970
Psychother Psych Med 2014; 64: 232–245
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Erstveröffentlichung in:
PSYCH up2date 2013; 7: 373 – 388

Korrespondenzadresse
Dr. Timo O. Nieder
Institut und Poliklinik für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistraße 52
20246 Hamburg
t.nieder@uke.de

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Einleitung

Nicht alle Menschen entwickeln ein Identitätserleben, das im Einklang mit ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen steht.

Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie. Stimmt das Geschlechtsidentitätserleben nicht mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers überein, spricht man von Geschlechtsinkongruenz. Leidet eine Person unter der fehlenden oder beeinträchtigten Übereinstimmung, wird dies als Geschlechtsdysphorie (engl.: Gender Dysphoria; siehe unten) bezeichnet.
Für manche der betreffenden Personen ist eine Veränderung ihres Körpers wichtig, für andere reduziert sich der Leidensdruck, wenn sie in einer frei gewählten Geschlechtsrolle leben können.

Transgender. Bisher wurden jene Menschen, die im Zuge ihres Geschlechtsrollenwechsels körpermedizinische Maßnahmen durchliefen, meist als transsexuell bezeichnet. Um auch den Vornamen und den Personenstand ändern zu können, wurde eine körperliche Anpassung an das erlebte Geschlecht gefordert. Dabei gab es nur 2 Möglichkeiten: entweder Mann oder Frau. In den letzten Jahren traten jedoch in zunehmendem Maße Personen an die Öffentlichkeit, die zwar ein bestimmtes Ausmaß an Geschlechtsinkongruenz erleben, jedoch keine bzw. wenige körperliche Veränderungen anstreben und manchmal ein Leben zwischen den etablierten Geschlechtsrollen als für sie wünschenswert erachten. All diese Personengruppen lassen sich unter dem Oberbegriff Transgender zusammenfassen.

> Transgender: Oberbegriff für Personen mit Geschlechtsinkongruenz, wobei nur ein Teil körperliche Veränderungen anstrebt.

Transsexualität. Der Begriff der Transsexualität wird häufig mit der Metapher eines „Lebens im falschen Körper“ verknüpft. Im Mittelpunkt steht jedoch weniger der gesamte Körper, der als falsch erlebt wird, sondern vielmehr dessen geschlechtsspezifische Merkmale, die nicht mit dem Erleben der eigenen Geschlechtszugehörigkeit übereinstimmen. Der Begriff Sex bezieht sich dabei auf den englischen Ausdruck und berücksichtigt die Gesamtheit der geschlechtsbezogenen Merkmale des Körpers.
Individuelle Entwicklungen im Kontext der Transsexualität können sehr unterschiedlich verlaufen. Ausschlaggebend für unterschiedliche Verläufe ist einerseits der Zeitpunkt, zu dem die Diskrepanz zwischen dem Identitätserleben und den Körpermerkmalen und/oder das Unbehagen mit dem Körper bewusst und zum Ausdruck gebracht wird. Andererseits tritt das Bedürfnis nach körperverändernden Maßnahmen in unterschiedlichen Altersklassen und in unterschiedlichen Schlüsselphasen auf.
Folgende Aspekte spielen bei der Beschreibung von Geschlechtsmerkmalen eine Rolle:

- Geschlechtsrolle,
- Geschlechtsrollenverhalten,
- Geschlechtsidentität,
- sexuelle Identität und
- geschlechtsbezogene Merkmale des Körpers.

Begriffe. Als transsexuelle Frau wird eine Frau bezeichnet, deren körperliche Geschlechtsmerkmale ursprünglich maskuline Ausprägungen aufweisen. Als transsexueller Mann gilt ein Mann mit ursprünglich femininen körperlichen Geschlechtsmerkmalen. Die im deutschen Sprach- und Kulturraum offensichtliche begriffliche Assoziation zwischen Transsexualität und Sexualität wird aus inhaltlichen Gründen häufig abgelehnt. Manche bevorzugen daher den Begriff der Transidentität, der vielmehr den Bezug zum Identitätserleben verdeutlichen soll. Andere wiederum kritisieren auch diesen Begriff mit dem Argument, nicht das Identitätserleben weiche vom Körper ab, sondern der Körper vom Identitätserleben. Dieser Perspektive folgend präferieren sie den Begriff der Transgeschlechtlichkeit. Als jüngster Begriff der Community gilt Trans* (sprich Trans Sternchen),

der wiederum als Überbegriff fungiert. Er soll all jenen Menschen einen Bezugsrahmen bieten, deren Geschlechtsidentitätserleben nicht (bzw. nicht komplett und/oder dauerhaft) mit der bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle übereinstimmt.

Diagnosen und Diagnostik

▼

Möglichkeiten zur diagnostischen Erfassung der beschriebenen Phänomene finden sich in der ICD-10 ausschließlich im Kapitel V (F): Psychische und Verhaltensstörungen. Wird jedoch eine historische Perspektive auf das Phänomen eingenommen, wird schnell deutlich, dass die Einordnung als psychische Störung mehr auf Einstellungen, Werten und Haltungen des 20. Jahrhunderts, denn auf wissenschaftlicher oder klinischer Evidenz beruht [1]. So soll die Diagnose eines Transsexualismus (F64.0) explizit jenen Personen Zugang zu den Versorgungsleistungen im Rahmen des Gesundheitssystems ermöglichen, deren Geschlechtsidentitätserleben nicht mit den geschlechtsspezifischen Körpermerkmalen übereinstimmt und die ihren Körper mithilfe somatomedizinischer Maßnahmen ihrem Identitätserleben angleichen möchten.

ICD-10: Transsexualismus

Die ICD-10 beschreibt den „Transsexualismus" (F64.0) als eine von mehreren „Geschlechtsidentitätsstörungen" (F64) und ordnet diese insgesamt den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" (F6) zu. Betrachtet man den Wortlaut der ICD-10-Diagnose „Transsexualismus", fällt die Dreiteilung in ein Positivkriterium (1), ein Negativkriterium (2) und ein Behandlungskriterium (3) auf ([2], S. 241):

1. Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben
2. Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht
3. Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung

Diagnostische Untergruppen. Um auch jenen Menschen eine Behandlung anbieten zu können, die sich weder eindeutig als Mann noch als Frau bzw. sowohl männlich als auch weiblich erleben, oder die sich außerhalb der etablierten Geschlechtsrollen von Mann und Frau verorten und unter ihrer gegenwärtigen Lebens- und/oder Körpersituation klinisch relevant leiden, kommt im Rahmen der ICD-10 am ehesten die Diagnose einer sonstigen Störung der Geschlechtsidentität (F64.8) infrage. Hingegen bietet für Menschen, die klinisch relevant darunter leiden, dass sie nicht dauerhaft bzw. stabil in einer Geschlechtsrolle leben können, der Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1) als Diagnose die Möglichkeit einer Behandlung.

Geschlechtsrolle und -verhalten

Geschlechtsrolle
Der Begriff der Geschlechtsrolle bezeichnet die Gesamtheit der kulturell typischerweise erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen der jeweiligen Geschlechtsform. Diese Stereotype unterliegen einem Wandel innerhalb der sowie zwischen den Kulturen.

Geschlechtsrollenverhalten
Das Geschlechtsrollenverhalten beschreibt die öffentliche Manifestation der Geschlechtsidentität einer Person in einem bestimmten Rollenverhalten. Es beinhaltet alles, was eine Person sagt oder tut, um anderen und/oder sich selbst zu demonstrieren, in welchem Ausmaß sie sich einer Geschlechtsform zugehörig erlebt. Allerdings kann das Geschlechtsrollenverhalten auch von dem Geschlechtsidentitätserleben abweichen.

Definition – Identität

Geschlechtsidentität
Die Geschlechtsidentität umfasst jene Aspekte der Identität, die mit dem Geschlecht verknüpft erlebt werden. Sie wird gemeinhin dann thematisiert, wenn entweder

- Unsicherheiten im Geschlechtsidentitätserleben auftreten, wie z. B. beim Zustand der Infertilität („Bin ich eine richtige Frau, ein richtiger Mann?"),
- wenn Körper und Geschlechtserleben nicht übereinstimmen (Geschlechtsinkongruenz) oder
- wenn das Identitätserleben bei Vorliegen einer uneindeutigen bzw. nicht eindeutig männlichen oder weiblichen körperlichen Geschlechtsentwicklung (Intersexualität) zur Diskussion steht.

Sexuelle Identität
Die sexuelle Identität beschreibt das subjektive Erleben einer Person als hetero-, homo-, bi-, pan- oder asexuell. (Als pansexuell definieren sich u. a. Menschen, für die das Geschlecht ihrer Sexualpartner kaum eine Rolle spielt. Als asexuell definieren sich u. a. Menschen, die kein Interesse an sexuellen Kontakten verspüren.)
Die sexuelle Identität beinhaltet sowohl die sexuelle Präferenz, die sich auf das Objekt bezieht, durch das eine Person (das Subjekt) sexuell erregt wird, als auch die sexuelle Orientierung. Letztere kann gynäphil (auf Frauen bezogen) und androphil (auf Männer bezogen), auf beide, aber auch auf Personen mit Transsexualität sowie mit geschlechtsuneindeutigen Körpern gerichtet sein. Meist stimmen die verschiedenen Facetten der sexuellen Identität überein. Sie können jedoch auch voneinander abweichen.

Geschlechtsbezogene Merkmale des Körpers

Bezogen auf körperliche Geschlechtsmerkmale werden verschiedene Bereiche unterschieden:

- genetische Veranlagung (Chromosomensatz)
- Gonaden (Keimdrüsen)
- endokrines System (v. a. Sexualhormone)
- innere Genitalstruktur (gonoduktale Organe)
- äußere Genitalstruktur
- sekundäre Geschlechtsmerkmale (Stimme, Körper- und Gesichtsbehaarung etc.)
- Gehirnstrukturen und -funktionen
- Körperbau

Nach aktuellem Wissensstand und den gegenwärtig vorhandenen Messmethoden sind diese Bereiche bei transsexuellen Menschen in der Regel kongruent zueinander, d. h. eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Transsexualismus gemäß ICD-10

ICD-10 F64.0 (nach [2], S. 241)
Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden, meist einhergehend mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht. Zusätzlich besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.

Diagnostische Leitlinien
Die transsexuelle Identität besteht durchgehend seit mindestens 2 Jahren. Die transsexuelle Identität darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung sein und darf ebenso wenig mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien einhergehen.

ICD-11

Mit der Gefahr der zusätzlichen Stigmatisierung durch die Psychopathologisierung nonkonformer geschlechtsbezogener und sexueller Erlebens- und Verhaltensweisen setzt sich die offiziell von der WHO einberufene Arbeitsgruppe zur Neuauflage der oben beschriebenen Diagnosen für die ICD-11 auseinander [3]. Die Veröffentlichung ist gegenwärtig für 2015 geplant. Es wird das Ziel verfolgt, die Psychopathologisierung von Transgender-Menschen zu überwinden und ein Versorgungsparadigma zu etablieren, das

- Best-Practice-Modelle reflektiert und so systematisch wie möglich evidenzbasiert ist,
- sich eng an den Bedürfnissen und Erfahrungen dieser vulnerablen Gruppe orientiert und sich insgesamt der Einhaltung der Menschenrechte verpflichtet sowie
- die Bereitstellung und den Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsfürsorge gewährleistet ([3], S. 575; Übers. TN).

In der 11. Ausgabe der ICD soll die Psychopathologisierung von Transgender-Personen aufgehoben werden.

Das Spannungsfeld der bestehenden Kontroversen zur Notwendigkeit und den Konsequenzen entsprechender Diagnosen lässt sich wie folgt skizzieren [4]:

- Variationen im geschlechtlichen und sexuellen Erleben und Verhalten von Menschen sollten nicht als Ausdruck einer psychischen Störung aufgefasst werden. Die Gefahr der zusätzlichen Stigmatisierung sexueller Minoritäten wird durch die Klassifikation als psychische Störung erheblich verstärkt. Daher soll eine nicht pathologisierende Klassifikation außerhalb des Bereichs psychischer und Verhaltensstörungen angestrebt werden (z. B. wie bei Maßnahmen der Geburtshilfe bei komplikationsfreien Geburten).
- Ein vollständiges Entfernen entsprechender Diagnosen aus den Klassifikationssystemen erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit, dass die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen die Kostenübernahme der notwendigen Behandlungsmaßnahmen ablehnen.

DSM-5: Geschlechtsdysphorie

Die 5. Version des US-amerikanischen Klassifikationssystems psychischer Störungen wurde von der American Psychiatric Association (APA) im Mai 2013 veröffentlicht. Mittlerweile erfolgt im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) die diagnostische Erfassung der beschriebenen Phänomene ausschließlich über das Vorhandensein der sog. Geschlechtsdysphorie (engl.: Gender Dysphoria) für einen Mindestzeitraum von 6 Monaten. Im Gegensatz zu den Begriffen „Störung" (Gender Identity Disorder; DSM-IV 302.85) und „Inkongruenz" (Gender Incongruence, ursprünglicher Vorschlag zur DSM-5-Revision; vgl. [5]) soll der Begriff Dysphorie nicht implizieren, was normativ ungestört bzw. kongruent ist.
Erstmals in der Geschichte der Diagnosen aus dem Spektrum Transsexualität werden geschlechtsinkongruente Erlebens- und Verhaltensweisen bzw. die (Trans-)Identität der Betreffenden nicht per se in einen Zusammenhang mit (psycho)pathologischen Entwicklungen gestellt. Darüber hinaus benennen die diagnostischen Kriterien erstmals explizit, dass sich die Geschlechtsrolle außerhalb bzw. unabhängig von der Norm der Zweigeschlechtlichkeit verorten kann. Indem Geschlechtsdysphorie als krankheitswertiges Störungsbild gefasst wird, sollen Versorgungsleistungen weiterhin durch das Gesundheitssystem gedeckt bleiben.

Die DSM-5-Revision schließt explizit ein, dass die Geschlechtsrolle außerhalb der Norm der Zweigeschlechtlichkeit liegen kann.

Zudem werden Variationen der körperlichen Geschlechtsentwicklung, die auch unter dem Überbegriff Intersexualität bekannt sind (auch: Disorders of Sex Development, DSD), nicht mehr als Ausschlusskriterium angesehen. Während einerseits wichtig erscheint darauf hinzuweisen, dass es sich bei Inter- und Transsexualität um unterschiedliche Phänomene handelt [6], überschneiden sich andererseits zum Teil inhaltlich die Kontroversen in beiden Bereichen (ein umfangreicher Überblick über die Kontroversen im Bereich Intersexualität findet sich bei [7].
Wenngleich davon ausgegangen wird, dass Menschen mit Intersexualität und Geschlechtsdysphorie spezifische Versorgungsangebote benöti-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

gen, war für die Streichung der Intersexualität als Ausschlusskriterium u. a. entscheidend, dass Symptome der Geschlechtsdysphorie unabhängig von der körperlichen Geschlechtsentwicklung auftreten können.

> Das Erleben von Geschlechtsdysphorie stellt gemäß DSM-5 die notwendige Bedingung für die Indikation körperverändernder Maßnahmen dar. Dabei muss nicht jede transsexuelle Person in jeder Phase ihrer Entwicklung geschlechtsdysphorisch sein.

Inwiefern sich jedoch die deutsche Übersetzung des Begriffs Gender Dysphoria („Geschlechtsdysphorie") als anwendbar erweist, kann aus zweierlei Gründen hinterfragt werden:

- Zum einen verliert sich aufgrund der Vereinheitlichung von Sex und Gender im deutschen Begriff „Geschlecht" der Fokus auf das psychosoziale Geschlecht („Gender") in der englischen Sprache.
- Zum anderen hat der Begriff der Dysphorie im deutschen Sprachraum eine eigenständige Tradition in der Psychopathologie. So werden z. B. bei Scharfetter [8] u. a. folgende Merkmale für die Dysphorie bzw. das dysphorische Syndrom aufgeführt: missmutig, verbissen pessimistisch, kleinlich kritisierend, stumpf brütender Rückzug mit gelegentlichen, gereizten Durchbrüchen.

Diagnostisches Vorgehen und differenzialdiagnostische Überlegungen

Allgemeine und spezifische Anamnese. Um die verschiedenen Facetten und Ausdrucksformen der Geschlechtsdysphorie erfassen zu können, sollten neben der allgemeinen Anamneseerhebung ausgewählte Schwerpunkte gesetzt werden. Im Mittelpunkt der spezifischen Anamnese stehen Identitäts-, Begehrens- und Geschlechtsrollenaspekte in der psychosexuellen Entwicklung sowie das Erleben und Verarbeiten pubertätsbedingter Veränderungen des Körpers (zur Vertiefung s. [10]). Relevant sind zudem die spezifischen Erinnerungen an das Anderssein in der bisherigen Lebensgeschichte. Dabei sind die Diagnostizierenden herausgefordert, die eigenen Auffassungen von Männlichkeit und Weiblichkeit kritisch zu reflektieren.

Erwähnenswert ist, dass keine absoluten Kontraindikationen beispielsweise für die Indikation einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung vorgesehen sind [11]. Als entscheidendes Kriterium steht ein tragfähiger Gesamtbehandlungsplan im Mittelpunkt differenzialdiagnostischer Überlegungen (s. u.). Als hilfreich wird erachtet, die Diagnostik psychischer Störungen mit einem strukturierten Interview (z. B. SKID-I/-II) zu standardisieren [12].

DSM-5 302.85: Gender Dysphoria (Jugendliche und Erwachsene) ([9]; Übers. TN)

Kriterium A

Deutliche Inkongruenz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten und dem zugewiesenen Geschlecht von mindestens 6 Monaten Dauer, manifestiert durch mindestens 2 der folgenden Kriterien:

- deutliche Inkongruenz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten und den primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika (oder, bei Jungadoleszenten, die antizipierte Entwicklung der sekundären Geschlechtscharakteristika)
- starker Wunsch, aufgrund der deutlichen Inkongruenz zu dem Geschlechtsidentitätserleben/Geschlechtsrollenverhalten von den primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika befreit zu sein (oder, bei Jungadoleszenten, der Wunsch die antizipierte Entwicklung der sekundären Geschlechtscharakteristika zu verhindern)
- starker Wunsch nach den primären und/oder sekundären Geschlechtscharakteristika des anderen Geschlechts
- starker Wunsch, das andere Geschlecht zu sein (oder eine alternative Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet)
- starker Wunsch, als das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder als eine alternative Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet)
- starke Überzeugung, über die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts zu verfügen (oder einer alternativen Geschlechtsform, die sich von dem zugewiesenen Geschlecht unterscheidet)

Kriterium B

Der Zustand ist assoziiert mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Subtyp I

In Verbindung mit einer Störung der Geschlechtsentwicklung (z. B. ein adrenogenitales Syndrom oder eine Androgenresistenz): Die hier zutreffende Störung soll zusätzlich codiert werden.

Subtyp II

Posttransition: Die betreffende Person lebt vollständig in der gewünschten Geschlechtsrolle (unabhängig davon, ob eine formale Personenstandsänderung stattgefunden hat). Mindestens eine Maßnahme zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung des Körpers fand oder findet statt (z. B. Behandlung mit Sexualhormonen und deren Suppression, brust- und genitalchirurgische Maßnahmen).

Psychopathologische Befunderhebung. Als unentbehrliche Grundlage der Diagnosestellung gilt zudem eine gründliche psychopathologische Befunderhebung, z. B. orientiert am System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [13]. Hierbei müssen insbesondere psychotische und dissoziative Symptome differenziert befundet und ggf. im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden.

Die spezifische Diagnostik zur Vorbereitung auf die Indikationsstellungen für körperverändernde Behandlungsmaßnahmen bei Geschlechtsdysphorie kann bei akut psychotischer und akut schwerwiegender dissoziativer Symptomatik nicht durchgeführt werden. Empfohlen wird daher, entsprechende Symptome zunächst einer störungsspezifischen Behandlung zuzuführen.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte 3 online CME Thieme

Tipp für die Praxis

Wird in der Eingangsdiagnostik ein schwerwiegender Substanzmissbrauch oder eine Abhängigkeitserkrankung offenbar, sollte zunächst eine spezifische Suchtbehandlung initiiert werden.

Epidemiologie und assoziierte psychische Störungen

Die Angaben zur Prävalenz sind uneindeutig. Die Anzahl transsexueller Frauen, die ihren Personenstand vor dem Hintergrund des sog. Transsexuellengesetzes (TSG) im Zeitraum zwischen 1991 und 2000 geändert haben, liegt in Deutschland bei 5,5 auf 100 000 [14]. In Belgien und den Niederlanden liegt die Prävalenz transsexueller Frauen, die genitalangleichende Operationen haben durchführen lassen, bei 7,8 bzw. 8,4 auf 100 000 und bei transsexuellen Männern bei 3 bzw. 3,3 auf 100 000 [15, 16]. Hingegen liefert eine nichtklinische Stichprobe aus den Niederlanden (n = 8064; 4052 Männer, 4012 Frauen) Daten, dass sich 4,6 % der Männer und 3,2 % der Frauen in unterschiedlichem Ausmaß ambivalent gegenüber dem eigenen Geschlecht erleben [17].

Psychische Komorbidität. Im Hinblick auf Befunde zu assoziierten psychischen Störungen stehen die folgenden im Vordergrund:

- affektive Störungen
- Substanzmissbrauch
- Angststörungen

Einer europäischen Multicenterstudie zufolge haben bei einer Stichprobe von n = 305 mit einer Störung der Geschlechtsidentität nach DSM-IV-TR (302.85) diagnostizierte Personen vor der möglichen Indikationsstellung somatomedizinischer Maßnahmen eine Lebenszeitprävalenz von 57 % bei Störungen aus der Gruppe unipolarer affektiver Erkrankungen. Zudem erfüllen 28 % im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz die Kriterien einer Störung aus dem Angstspektrum. Teilnehmende mit einer psychotischen Störung wurden von der Auswertung ausgeschlossen [18].

Vor allem affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Angststörungen treten als assoziierte psychische Störungen auf.

Betrachtet man Untersuchungen zur Komorbidität in der Gesamtschau, lässt sich insgesamt bei etwa 60 % der Teilnehmenden von affektiven Störungen und Angststörungen, in etwa 30 % der Fälle von Substanzmissbrauch und ebenfalls in etwa 30 % von einer parallelen Persönlichkeitsstörung ausgehen (u. a. [19 – 21]).

Erklärungsversuche

Bis heute ist die Frage nach der Entstehung der beschriebenen Phänomene ungeklärt. Einen umfangreichen Überblick über die bisherigen Ergebnisse neurobiologischer Untersuchungen zu diesem Thema, einhergehend mit einer kritischen Diskussion der Befunde, bieten Nieder et al. [22]. Explizit abgegrenzt haben sich die naturwissenschaftlichen Annahmen von den psychodynamischen Theorien. Einflussreich waren hier u. a. das Konzept zur Kerngeschlechtsidentität nach Stoller [23] und lerntheoretische Überlegungen zum Modelllernen und zur positiven Verstärkung geschlechtstypischer Verhaltensweisen nach Zucker [24].

Kerngeschlechtsidentität. Nach Stoller [23] entwickelt sich die sog. Kerngeschlechtsidentität – ähnlich wie z. B. die Sprachentwicklung – in Wechselwirkung von körperlichen, psychosozialen und psychosexuellen Einflussfaktoren. Da die jeweiligen Einflussfaktoren nach heutigem Wissensstand in ihrer Wirkung untrennbar verschränkt sind, ist ihre jeweils einzelne Bedeutung kaum zu bestimmen [25]. Im Rahmen seiner Theorie standen die folgenden Faktoren im Mittelpunkt:

- die Eltern-Kind-Beziehung
- die Wahrnehmung der äußeren Genitalien durch das Kind
- die Kraft der biologischen Geschlechtsvariablen [23, 29]

Lerntheoretische Aspekte. Die lerntheoretischen Annahmen beeinflussten insbesondere die Behandlung der Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter, da in diesen Entwicklungsphasen eine höhere Veränderbarkeit der Geschlechtsidentität angenommen wird als im frühen Erwachsenenalter [26]. Die von einzelnen Zentren favorisierte Behandlungsstrategie, bei geschlechtsdysphorischen und/oder geschlechtsrollenkonformen Kindern sowohl das Spielen mit gleichgeschlechtlichen Peers als auch mit geschlechtstypischem Spielzeug zu verstärken, wurde von Kritikern als reparativ deklariert und somit in einen Zusammenhang mit früheren, unethischen Versuchen gestellt, eine homosexuelle Entwicklung zu verhindern. Tatsächlich liegt bis heute keine empirische Evidenz vor (z. B. eine kontrollierte klinische Verlaufsstudie), dass eine solche lerntheoretisch fundierte Therapie zum Abbau nicht geschlechtsrollenkonformer Verhaltensweisen in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit reduziert, dass betroffene Kinder in ihrem weiteren Leben eine persistierende Geschlechtsdysphorie entwickeln. Vielmehr zeigen die Daten der bisherigen Nachuntersuchungen bei Kindern mit entsprechender „Symptomatik“ (Gesamtzahl der bisher in Follow-up-Untersuchungen erfassten Kinder: n = 373; zur Übersicht der einzelnen

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Studien s. [27]), dass die klinische Relevanz der Geschlechtsdysphorie im Verlauf der Pubertät bei 2–37% persistiert (über alle 11 Nachuntersuchungen hinweg) und das weitere Leben nicht im Rahmen der bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle verläuft.

Bis heute ist es keiner der Theorien gelungen, die komplexen Verschränkungen biopsychosozialer Einflüsse auf die Entwicklung von Geschlecht, Identität und Sexualität annähernd erschöpfend zu integrieren.

Angenommen wird, dass genetische, neuroendokrinologische sowie neurostrukturelle und -funktionelle Bedingungen ebenso in einem Zusammenhang mit den jeweiligen Körper- und Beziehungserfahrungen stehen wie umgekehrt die jeweiligen Umweltbedingungen wiederum als relevante Einflussfaktoren auf die erstgenannten Bereiche wirken. Folgt man den Annahmen der DSM-5- sowie der ICD-11-Arbeitsgruppen (s. o.), dass sowohl die Transidentität als auch geschlechtsrollen-nonkonforme Verhaltensweisen an sich keinen Krankheitswert haben, stellt sich die Frage, inwiefern es überhaupt spezifische Entstehungsbedingungen der beschriebenen Phänomene geben kann.

Transgender-Versorgung

Personen, die sich geschlechtsinkongruent erleben und darunter leiden, können zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine auf die Transgender-Versorgung spezialisierte Einrichtung in Anspruch nehmen.

Beispiele für Ausgangssituationen im Erstgespräch:

- Eine Person lebt durchgehend in der nach der Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle, erlebt sich jedoch eher dem anderen Geschlecht als zugehörig. Das Umfeld ist bislang nicht über die Situation informiert. Das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung findet ausschließlich privat und alleine statt, versteckt vor Familie, Angehörigen und Freunden.
- Eine Person lebt in der Öffentlichkeit – v. a. im beruflichen Alltag – in der zugewiesenen Geschlechtsrolle, erlebt sich aber dem anderen Geschlecht als zugehörig. Im privaten Umfeld lebt und kleidet sich die Person jener Geschlechtsrolle entsprechend, die mit ihrem Geschlechtserleben übereinstimmt. Zuweilen verlässt sie abends oder in der Nacht ihre häusliche Umgebung.
- Die Person lebt öffentlich und privat in einer androgynen Rolle ohne bisher über die Probleme auf Basis der Geschlechtsinkongruenz gesprochen zu haben. Innerhalb ihres Umfelds wird von einigen vermutet, dass die Person sich in ihrer Geschlechtsrolle bzw. mit ihrem Körper nicht oder nicht vollständig wohlfühlt. Manche Personen haben bereits einen geschlechtsneutralen Vornamen angenommen, ohne das juristische Verfahren nach dem TSG durchlaufen zu haben.
- Eine Person lebt in sämtlichen Bereichen in einer Geschlechtsrolle, die von der ursprünglich zugewiesenen abweicht. Sie hat sich ihrer Umgebung gegenüber offenbart und lässt sich mit einem Namen ansprechen, der mit ihrem Geschlechtserleben übereinstimmt.
- Eine Person hat begonnen, privat und ohne entsprechende Indikationsstellung die gewünschten Sexualhormone zu nehmen und sucht nun nachträglich die Bestätigung der Einnahme.
- Eine Person hat den Geschlechtsrollenwechsel in der Öffentlichkeit vollzogen und die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen. Dennoch hat sie weiterhin Probleme mit der Anpassung im Alltag, jedoch ohne den Geschlechtswechsel zu bereuen.
- In äußerst seltenen Fällen sucht eine Person Beratung, die ihren Geschlechtswechsel bereut. Oft haben diese Personen in der Vorgeschichte keine spezialisierte bzw. fachgerechte Betreuung erfahren.

Therapeutischer Auftrag. Die Aufgabe spezialisierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychiater und Psychiaterinnen ist es somit, die Diagnose des Transsexualismus (ICD-10) bzw. der Geschlechtsdysphorie (DSM-5) zu stellen, die vorliegenden Probleme im Zusammenhang mit der Geschlechtsinkongruenz zu erfassen (und ggf. psychotherapeutisch zu behandeln) und bei Bedarf sowohl somatomedizinische Maßnahmen zu indizieren als auch die betreffende Person über den sozialen Geschlechtsrollenwechsel und die körperlichen Veränderungen hinauszubegleiten. Dabei gilt die Kombination von endokrinologischen und chirurgischen Maßnahmen, die aus einem psychodiagnostischen bzw. psychotherapeutischen Setting heraus indiziert werden, für die Behandlung der Geschlechtsdysphorie als evidenzbasiert [28]. Einschränkend ist jedoch zu benennen, dass die Daten im Zusammenhang mit den diagnostischen Kriterien des Transsexualismus (und nicht mit der Geschlechtsdysphorie) erhoben wurden und in katamnesti-

Tipp für die Praxis

Im Rahmen eines tragfähigen Gesamtbehandlungsplans soll, unabhängig von der Richtung der individuellen Entwicklung bzw. der Interpretation der Geschlechtsrollen, die Geschlechtsdysphorie nachhaltig reduziert und die Stärkung und Weiterentwicklung des individuellen Identitätserlebens ermöglicht werden.

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

schen Untersuchungen der Behandlungserfolg in der Regel über die Zunahme an Lebensqualität operationalisiert wurde.
Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sollen neben der Geschlechtsdysphorie – falls vorhanden – weitere psychische und/oder körperliche Probleme angemessen und suffizient behandelt werden können. Ergänzend orientiert sich der Gesamtbehandlungsplan zudem an der Frage nach den Möglichkeiten zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität, die wiederum auch die Reduktion der Geschlechtsinkongruenz respektive Geschlechtsdysphorie berücksichtigt.

Es gilt, Aspekte zum Umgang mit bzw. zur Bewältigung von Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen systematisch zu berücksichtigen.

Tipp für die Praxis

Eine besonders sorgfältige Abklärung wird bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen sowie ausgeprägt heteronormativen und homophoben kulturellen Hintergründen empfohlen. Diese können in Einzelfällen in einem Zusammenhang mit der Symptomatik stehen.

Körpermedizinische Behandlung. Damit Transgender-Menschen die geschlechtsspezifische Erscheinung ihres Körpers mithilfe körperverändernder Behandlungsmaßnahmen entsprechend ändern lassen können, bedarf es einer Indikationsstellung, die in der Regel von spezialisierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernommen wird. Die hierfür notwendige Prozess- oder Verlaufsdiagnostik ist integraler Bestandteil der verschiedenen Behandlungsangebote. Sie dient der Erfassung des Erlebens der Geschlechtsdysphorie sowie möglicher Veränderungen und bietet den Rahmen zur Vorbereitung, Steuerung und Anpassung von Interventionen und deren Indikationsstellungen im Verlauf. Häufig erstreckt sich ihre Dauer über mehrere Jahre und begleitet die verschiedenen Phasen im Verlauf der Versorgung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse von Transgender-Personen.
Obgleich es verschiedene Voraussetzungen im Zusammenhang mit der Kostenübernahme der körpermedizinischen Behandlung durch die Krankenversicherungen zu beachten gilt (s. u.), kann die zeitliche Abfolge der verschiedenen Maßnahmen je nach den Erfordernissen der individuellen Situation ebenso variieren wie die Gesamtdauer der Behandlung. Dabei wird von den Autoren empfohlen, die Notwendigkeit der verschiedenen körperverändernden Maßnahmen im Zuge einer partizipativen Entscheidungsfindung (PEF; engl.: Shared Decision Making) einzuschätzen (s. Info-Box).

Körperveränderung – partizipative Entscheidungsfindung

Eine systematische Literaturrecherche aus Übersichtsarbeiten mit insgesamt 256 randomisierten kontrollierten klinischen Studien konnte zeigen, dass die PEF u. a. folgende Effekte bewirkt [29]:
- Zunahme des Wissens auf Seite der Hilfesuchenden
- angemessene Erwartungen an den Verlauf und das Ergebnis der Therapie
- aktivere Beteiligung am therapeutischen Prozess
- Reduktion von Entscheidungskonflikten
- Verbesserung der Kommunikation in therapeutischen Beziehungen

Aus klinischer Sicht scheint empfehlenswert, das Modell der PEF in der Versorgung von Transgender-Personen stärker zu berücksichtigen. Eine empirische Überprüfung dieser Empfehlung steht für den hiesigen Kontext allerdings noch aus.

Psychotherapie

Wenn die psychotherapeutische Arbeit innerhalb der Versorgung von Transgender-Personen eine wichtige Rolle einnehmen soll, ist vor dem Hintergrund der Verschränkung zwischen der Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings und der psychotherapeutischen Kompetenz der Diagnostizierenden darauf zu achten, dass seitens der Hilfesuchenden ausdrücklich ein Auftrag zur Psychotherapie vorliegt. Liegt ein solcher vor, kann die Psychotherapie u. a. zur Identitätsentwicklung beitragen. Sie kann Unterstützung bieten für den Umgang mit Schwierigkeiten, denen Transgender-Menschen im Verlauf ihrer Entwicklung ausgesetzt sein können. Aufseiten der beteiligten Psychotherapeuten bedarf es hierfür jedoch eines Hintergrundwissens über das Spektrum von Geschlechtsirritationen und ihre psychologischen, soziologischen, historischen und neurobiologischen Aspekte.

Psychotherapeutisches Vorgehen. Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit werden jene Dynamiken innerhalb der psychosozialen und psychosexuellen Entwicklung berücksichtigt, die spezifisch verknüpft sind mit
- der körperlichen Geschlechtsentwicklung (u. a. Ablehnung des pubertätsbedingten Brustwachstums)
- dem Geschlechtsrollenverhalten (u. a. Beschimpfungen und Ausgrenzung durch andere)
- dem Geschlechtsidentitätserleben (u. a. Unsicherheit und Identitätsdiffusion)
- der Identitätsentwicklung im Allgemeinen (u. a. Gefühle von Isolation und Einsamkeit)

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Das Leben vor, während und nach dem Rollenwechsel sollte ebenso thematisiert werden wie die einzelnen Bereiche des Körpers, an denen sich der Leidensdruck manifestiert und die damit einhergehenden Vorstellungen über die angestrebten Veränderungen des Körpers. Des Weiteren sind die Herausforderungen im Rahmen der Alltagserfahrungen in der angestrebten Geschlechtsrolle, die Konsequenzen einer Hormonbehandlung, die Vorbereitungen auf chirurgische Maßnahmen, das Leben mit veränderter körperlicher Erscheinung etc. Gegenstand der psychotherapeutischen Arbeit.

Gegenstand der Psychotherapie sind u. a. das Erleben der körperlichen Geschlechtsentwicklung, Aspekte des Geschlechtsrollenverhaltens, das Geschlechtsidentitätserleben und die Identitätsentwicklung im Allgemeinen.

Was ist das „eigentliche Geschlecht"? Als herausfordernd und irritierend erleben Psychotherapeuten die therapeutische Arbeit häufig dann, wenn für sie im Hintergrund die Frage nach dem „eigentlichen Geschlecht" präsent bleibt und sie den Anspruch verfolgen, eben jenes herausfinden zu müssen. Da das „eigentliche Geschlecht" nur im Identitätserleben der um professionelle Unterstützung nachfragenden Person zu finden ist, wird die therapeutische Suche danach zumindest so lange als wenig zielführend erachtet, wie der ausdrückliche Auftrag dafür nicht von der Transgender-Person selbst formuliert wird. Vielmehr hat sich auf Basis der klinischen Erfahrung als hilfreich erwiesen, die Betreffenden sowohl bei einer Entwicklung entlang ihrer eigenen Bedürfnisse als auch bei der Emanzipation von stereotypen Erwartungen an die alte oder neue Geschlechtsrolle zu unterstützen. In diesem Zusammenhang kann es bei Bedarf hilfreich sein, Wege zu ermöglichen, eigene Uneindeutigkeiten im Hinblick auf das Geschlechtszugehörigkeits-, Körper- und Identitätserleben anzunehmen und sie für die individuelle Lebenssituation positiv zu besetzen.

Gesellschaftliches Umfeld. Bei fortschreitender Entwicklung kann es zudem notwendig werden, geschlechtsbezogene Erlebens- und Verhaltensweisen flexibel und – wenn hilfreich – außerhalb der zweigeschlechtlichen Ordnung zu gestalten. Irritierte und irritierende Reaktionen des gesellschaftlichen Umfelds können sich u. a. ergeben, wenn Geschlechtsrollenverhaltensweisen nonbinär bzw. pluralistisch gestaltet werden (z. B. indem einander uneindeutige Geschlechtsmarkierungen zeitgleich genutzt werden), aber auch, wenn die Geschlechtsrollenstereotype der zweigeschlechtlichen Ordnung rigide und übermäßig unflexibel interpretiert werden (z. B. durch das Tragen je nach Situation unverhältnismäßiger geschlechtstypischer Kleidung).

Psychotherapeutische Versorgungsangebote in Deutschland

Bei der Psychotherapie wird in Deutschland i. d. R. zwischen den folgenden Versorgungsangeboten unterschieden:

- Richtlinien- bzw. Antragspsychotherapie im niedergelassenen Bereich
- Behandlungen im Rahmen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen
- spezialisierte sexualtherapeutische bzw. -medizinische Angebote
- (Notfall-)Versorgung durch psychiatrische (Poli-)Kliniken

Die Möglichkeiten einer adäquaten Versorgung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse von Transgender-Menschen mit tiefgreifenden strukturellen bzw. Traumafolgestörungen können für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begrenzt sein. Hier scheint die Behandlung in spezialisierten Institutsambulanzen – wie jener am Institut für Sexualforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) – zielführender.

Die psychotherapeutische Beziehung kann als sicherer Ort wertvolle Unterstützung bei der Bewältigung der Reaktionen aus dem Umfeld bieten.

Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale

Zur Vorbereitung auf die Indikationsstellung somatomedizinischer Behandlungsmaßnahmen ist es von Bedeutung, Überlegungen anzustellen, welche Maßnahmen in der Lage sind, zu einer deutlichen und dauerhaften Reduktion der Geschlechtsdysphorie beizutragen (**Tab. 1**):

- körpercharakteristische Veränderungen: z. B. Art der Körper- und Gesichtsbehaarung, Umverteilung von Körperfett und Muskelmasse, Aufbau und Gestaltung des Brustprofils, Ausstattung des Genitalbereichs, Stimmhöhe etc.
- Behandlungsmaßnahmen: Gabe von Sexualhormonen und deren Suppression, Nadel- bzw. Laserepilation, chirurgische Veränderungen des Brustprofils und des Genitales, gesichtsfeminisierende chirurgische Maßnahmen, chirurgische Verkleinerung des Kehlkopfs und logopädische sowie phonochirurgische Veränderungen von Stimmbild und -höhe

Behandlungsstandards, Leitlinien und Rechtsprechung

International strukturieren seit über 30 Jahren Behandlungsstandards die Diagnostik und die Versorgung im Bereich Transgender. Zentral geht es um die Fragen, für wen und zu welchem Zeitpunkt welche Behandlungsmaßnahmen indiziert sind bzw. welche somatomedizinischen Maßnahmen zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung geeignet sind, um das Leiden unter der mangelnden Übereinstimmung von

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte 3 online CME Thieme

Tab. 1 Maßnahmen zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale.

von Mann zu Frau	Disziplin	von Frau zu Mann
Androgensuppression (z. B. mit Cyproteronazetat), Östrogensubstitution	Endokrinologie	Testosteronsubstitution, Östrogensuppression (z. B. mit Leuprorelinazetat)
Brustaufbau	Chirurgie	Entfernung des weiblichen Brustdrüsengewebes (Mastektomie) sowie Aufbau eines männlichen Brustprofils
Entfernung der Hoden (Testektomie)		Entfernung der Eileiter (Tuben) und der Eierstöcke (Ovarien; zusammen Adnektomie) und der Gebärmutter (Hysterektomie)
Neubildung weiblicher Geschlechtsorgane (Penektomie, Scham-, Vulva- und Vaginalplastik)		Neubildung männlicher Geschlechtsorgane (Harnröhrenplastik, Schwellkörper- und Hodenprothesen, Phallusplastik)
Reduktion des Adamsapfels (Chondrolaryngoplastik)		Alternative: Klitorispenoid (Metaidoioplastik)
Modifikation der Stimmhöhe (Phoniatrie, Phonochirurgie)		
chirurgische Feminisierung des Gesichts (Modifikation der oberflächenformgebenden und konturgebenden Schädelknochen und -knorpel)		
Epilation an Gesicht und Körper (Laser-, Nadelepilation)	Elektrologistik, Dermatologie	

Körper und Identitätserleben deutlich und nachhaltig zu reduzieren.

Zur Anerkennung ihrer Leistungspflicht verlangen die Krankenversicherungen in Deutschland, dass Versicherte im Verlauf einer transsexuellen Entwicklung spezifische Voraussetzungen erfüllen, die sich auf die nationalen Behandlungsstandards [30] beziehen. Einerseits gelten die deutschen Behandlungsstandards mittlerweile als überholt, andererseits wurde die von den Autoren der Standards empfohlene Flexibilität nicht übernommen. Vielmehr wurde im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität" des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) der ursprünglich vorgesehene Empfehlungscharakter der Behandlungsstandards in eine für die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) verbindliche sozialmedizinische Richtlinie transformiert [31].

Internationale „Standards of Care"

Sowohl die Originalversion der internationalen Standards of Care (SoC) aus dem Jahr 1979 als auch deren Folgeversionen (1980, 1981, 1990, 1998 und 2001) haben vorwiegend der Auswahl geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten für die entsprechenden somatomedizinischen Maßnahmen und damit der Rückversicherung der Behandelnden selbst gedient. Die World Professional Association for Transgender Health (WPATH), die international federführende Fachgesellschaft, setzt sich im Anschluss an einen gesellschaftsinternen Konsensusprozess weltweit für die De-Psychopathologisierung geschlechtsinkongruenter Menschen ein. Im Zuge dessen verfolgen auch die SoC in ihrer 7. Version (2011 herausgegeben) nunmehr das Ziel, jenen Menschen, die sich persistierend geschlechtsdysphorisch erleben, den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern und die gesundheitsbezogene Versorgung professionell, differenziert und individualisiert zu gestalten: weg von der Systematik von Begutachtung und Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten hin zur Etablierung einer Gesundheitsfürsorge für Transgender-Menschen mit dem Anspruch, im Kontext individueller Geschlechtsdysphorie und (Trans)Identität nachhaltiges Wohlbefinden zu ermöglichen.

Die Etablierung einer optimalen Versorgung wird als vorrangig aufgefasst: sowohl im Hinblick auf einzelne transitionsbezogene Maßnahmen (d. h. Indikationsstellungen) als auch hinsichtlich anderer gesundheitlicher Probleme von Transgender-Menschen (z. B. Beratung und Unterstützung im Kontext der Reproduktion).

> Im Vordergrund steht die optimale Versorgung der hilfesuchenden Transgender-Menschen.

Während in der 7. Version der SoC Geschlechtsinkongruenz als natürliche und gesellschaftlich zu akzeptierende Variation im Spektrum geschlechtlicher Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen aufgefasst wird, stehen die mit der Geschlechtsdysphorie assoziierten Forderungen an das Gesundheitssystem im Vordergrund der Ausführungen. Es wird empfohlen, den im Zusammenhang mit den ersten 6 Versionen der SoC üblichen, eher linearen Behandlungsverlauf (zunächst Diagnostik, Psychotherapie und Alltagserfahrungen, dann die Hormonbehandlung und die Vornamensänderung [„kleine Lösung"], erst später chirurgische Eingriffe und die Personen-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

standsänderung [„große Lösung“]) individuell entlang der jeweiligen der Geschlechtsdysphorie zugrunde liegenden Faktoren zu modifizieren.

> Der Behandlungsverlauf sollte individuell modifizierbar sein.

Daher wird betont, dass Abweichungen von den geforderten Mindestvoraussetzungen für sämtliche Indikationsstellungen möglich sein sollten. Beispielsweise sollten in Situationen, in denen eine Behandlung mit Sexualhormonen aus endokrinologischer Sicht kontraindiziert ist (u.a. durch das Vorliegen einer hereditären Thrombophilie), nichthormonelle Maßnahmen zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung unabhängig von der Hormonbehandlung indiziert werden (z.B. Genitalchirurgie). Zudem wird die Psychotherapie im Rahmen der SoC 7 nicht als absolute Voraussetzung für die Indikation somatomedizinischer Behandlungsmaßnahmen aufgefasst.

> Liegen im Einzelfall relative Kontraindikationen psychischer Art vor, werden für individuelle Entwicklungen individualisierte und flexible Lösungswege gefordert.

Leitlinienentwicklung in Deutschland

Knapp 20 Jahre nachdem die Originalversion der SoC der WPATH veröffentlicht wurde, hatte eine von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) einberufene Expertenkommission die bislang einzige Version deutscher „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ erarbeitet [30]. Formuliert wurden Vorgaben

- zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik,
- zur Psychotherapie bzw. psychotherapeutischen Begleitung,
- zur Indikationsstellung für die einzelnen Bereiche im Rahmen der somatomedizinischen Behandlung sowie
- inhaltliche Aspekte zu den einzelnen Behandlungsbereichen.

S3-Leitlinie. 16 Jahre später hat sich erneut auf Initiative der DGfS und unter der Leitung von Bernhard Strauß (Jena) und Timo O. Nieder (Hamburg) eine Arbeitsgruppe zusammengefunden, deren Mitglieder die relevanten psychosozialen Fachgesellschaften repräsentieren. Durch die Entwicklung einer methodisch hochwertigen S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung der Geschlechtsdysphorie nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) soll die Transgender-Versorgung in Deutschland verbessert werden.

Die Leitlinie soll sowohl auf den Methoden systematischer Evidenzbasierung beruhen und von den relevanten Fachgesellschaften im Rahmen eines formalen Konsensusprozesses konsentiert werden als auch die systematische Beteiligung der relevanten Interessengruppen (Selbsthilfegruppen und politaktivistische Gruppierungen zum Thema, Sozialwissenschaftler und Sozialwissenschaftlerinnen mit entsprechenden Forschungsbiografien etc.) an dem Prozess der Leitlinienentwicklung auf unterschiedlichen Wegen und zu wiederkehrenden Zeitpunkten gewährleisten.

Rechtsprechung und Reformvorhaben

Auf Basis des TSG können Transgender-Menschen mittlerweile unabhängig von der medizinischen Behandlung bzw. dem Nachweis der Infertilität und genitalangleichender Maßnahmen ihren Personenstand juristisch ändern lassen (u.a. 1 BvR 3295/07). Der geschlechtsspezifische Status des Personenstands wurde somit durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von dem geschlechtsspezifischen Status des Genitalbereichs entkoppelt. Interessanterweise lässt sich seit der Entkopplung sowohl klinisch als auch anhand von Daten des Bundesjustizministeriums eine Verzögerung bzw. ein Rückgang genitalchirurgischer Maßnahmen beobachten. So ist der „Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2011“ (www.bundesjustizamt.de) zu entnehmen, dass sich die Anträge auf Personenstandsänderung zwischen 1995 von deutschlandweit 400 Verfahren zur Personenstandsänderung im Rahmen des TSG und 2011 auf 1657 mehr als vervierfacht haben. Vor dem Hintergrund des o.g. BVerfG-Urteils von 2011 zur Entkopplung des körperlichen vom juristischen Geschlecht ist insbesondere die deutschlandweite Zunahme um mehr als 500 TSG-Verfahren zwischen 2010 (1118 Verfahren) und 2011 (1657) erwähnenswert.

> Seit der Entkopplung des körperlichen vom juristischen Geschlecht hat die Zahl der genitalchirurgischen Maßnahmen abgenommen.

2011 fand sich ein bundesweiter Arbeitskreis zusammen, an dem sich über 30 Gruppen und Einzelpersonen beteiligten, die sich im Kontext der Transsexualität engagieren (Selbsthilfe, politischer Aktivismus etc.). Der Reformvorschlag ist nachzulesen unter www.tsgreform.de (Stand: 05/2013) und beinhaltet als zentrale Forderungen die Übertragung der Verfahren in den Verantwortungsbereich der Standesämter und in die Hände der Antragstellenden. Weitere Reformvorschläge sind u.a. vom Bundesministerium des Innern (Transsexuellenrechtsreformgesetz – TSRRG – aus 2009) und den Grünen (Entwurf eines Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit – ÄVFGG – aus 2011) sowie ein Reformvorschlag

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Tab. 2 Überblick über den Paradigmenwechsel in Bezug auf die Positionen zur Transsexualität in der Psychotherapie und der Gesellschaft.

	Positionen zur Transsexualität im 20. Jahrhundert	Positionen zur Transsexualität zu Beginn des 21. Jahrhunderts
1	Transsexualität ist eine psychiatrische Erkrankung.	Transsexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen werden im DSM-5 nicht mehr als psychische Erkrankung angesehen. Gemäß DSM-5 gilt die Transidentität selbst damit weder als krankheitswertig noch als behandlungsbedürftig. Hingegen wird das Leiden unter der mangelnden bzw. fehlenden Übereinstimmung zwischen Körper und Psyche als krankheitswertige Störung im Sinne der Geschlechtsdysphorie aufgefasst.
2	Ein Mensch ist entweder transsexuell oder nicht.	Transsexualität ist ebenso wenig ein distinktes Merkmal wie Geschlechtlichkeit. Es wird die Existenz von mehr als 2 eindeutigen männlichen oder weiblichen körperlichen Erscheinungsformen akzeptiert. Es werden mehr als 2 Geschlechtserleben angenommen. Nicht alle Menschen erleben sich entweder als Mann oder als Frau.
3	Eine Person mit einer weiblichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung eines Mannes ist ein Mann mit einer Geschlechtsidentitätsstörung bzw. ein transsexueller Mann. Eine Person mit einer männlichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung einer Frau ist eine Frau mit Geschlechtsidentitätsstörung bzw. eine transsexuelle Frau.	Eine Person mit einer weiblichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung eines Mannes ist eine (transsexuelle) Frau. Eine Person mit einer männlichen Geschlechtsidentität und der körperlichen Geschlechtsentwicklung einer Frau ist ein (transsexueller) Mann.
4	„Echte Transsexuelle" sind homosexuell orientiert (in Bezug auf ihr sog. körperliches Geschlecht).	Die sexuelle Orientierung stellt kein differenzialdiagnostisches Kriterium dar.
5	„Echte Transsexuelle" wollen sowohl eine Behandlung mit Sexualhormonen als auch genital- und brustchirurgische Maßnahmen.	Aus den je nach Ausgangssituation indizierbaren somatomedizinischen Maßnahmen zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung werden ausschließlich jene indiziert, die von den Betreffenden angestrebt werden und deren Anwendung die nachhaltige Reduktion des Erlebens von Geschlechtsdysphorie erwarten lässt. Die Art und das Ausmaß der gewünschten Behandlungsmaßnahmen lassen keinen Rückschluss auf das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zu.
6	Der Psychotherapeut muss feststellen, ob „wirklich" eine Transsexualität vorliegt.	Der Psychotherapeut sollte jene Faktoren erfassen, aus denen sich das Erleben der Geschlechtsdysphorie speist. Weder ist es Aufgabe der Diagnostik zu prüfen, ob es sich um eine früher sog. wahre Transsexualität handelt, noch ob die oder der Betreffende wirklich das andere Geschlecht hat bzw. schon immer hatte.
7	Die Aufgabe der Psychotherapie ist es, die Hilfesuchenden möglichst von ihrer Transsexualität zu heilen, d. h. den Wunsch nach somatomedizinischen Behandlungsmaßnahmen zu beseitigen.	Die Aufgabe der multimodalen Therapie ist es, die Geschlechtsdysphorie deutlich und nachhaltig zu reduzieren.
8	Nur wenn die Psychotherapie dieses Ziel nicht erreicht, dürfen somatomedizinische Behandlungsmaßnahmen im Sinne einer Ultima Ratio genehmigt werden.	Das Ziel der interdisziplinären Therapie liegt in dem Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität, unabhängig von der gelebten Geschlechtsform. Es wird empfohlen, die somatomedizinischen Behandlungsmaßnahmen im Verlauf einer transsexuellen Entwicklung und bei Bedarf auch darüber hinaus psychotherapeutisch zu begleiten.
9	Verheiratete Personen müssen sich scheiden lassen, bevor ein juristischer Geschlechtswechsel vollzogen werden kann.	Eine bestehende Ehe stellt kein Hindernis für eine Personenstandsänderung dar.
10	Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung des Genitalbereichs und zur Etablierung von Infertilität sind Voraussetzungen für die Personenstandsänderung.	Weder chirurgische Veränderungen des Brust- und Genitalbereichs noch die Etablierung von Infertilität sind Voraussetzungen für die Personenstandsänderung.

für die Personenstandsregelung des TSG, die von der Hamburger Justizbehörde in den Bundesrat eingebracht werden soll. Uneins sind sich die Reformvorschläge über

a) die Notwendigkeit eines einzuholenden Sachverständigengutachtens und
b) die – wenn notwendig – relevanten Fragestellungen, die über das Gutachten beantwortet werden sollen (z. B. ob die Person psychisch, kognitiv und emotional in der Lage ist, sich der Konsequenzen ihrer möglichen Entscheidung bewusst zu sein und ggf. eine vollinformierte Entscheidung treffen zu können).

Die Notwendigkeit, das TSG zu reformieren, ist jedenfalls vorhanden.

Schlussfolgerung

▼

Tab. 2 fasst die wesentlichen Aspekte des Artikels noch einmal zusammen und bietet somit einen Überblick über die Thematik.

Interessenkonflikt: Herr Prof. Briken ist der 1. Vorsitzende und Frau Prof. Richter-Appelt die 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS). Herr Dr. Nieder ist als Mandatsträger der DGfS Leiter einer Arbeitsgruppe zur S3-Leitlinienentwicklung Geschlechtsdysphorie. Darüber hinaus geben die Autoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

Kernaussagen

Personen, deren Geschlechtserleben nicht mit den geschlechtsbezogenen Merkmalen ihrer Körper übereinstimmen, benötigen auf dem Weg des Geschlechtswechsels die Unterstützung durch psychotherapeutische und somatomedizinische Expertise. Es erscheint daher notwendig, dass das Wissen über die gesundheitsbezogenen Versorgungsbedürfnisse von Transgender-Menschen unter den Psychotherapeuten mit Spezialkenntnissen zunimmt.

Der vorliegende Fortbildungsbeitrag informiert über die aktuellen Entwicklungen in der transitionsspezifischen Diagnostik und gesundheitsbezogenen Versorgung von Transgender-Personen und nimmt Bezug auf aktuelle Entwicklungen, die den klinischen Umgang mit Transgender-Menschen entscheidend verändern.

Literatur

1 *Nieder TO*, *Richter-Appelt H*. Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. Psychology & Sexuality 2011; 2: 224 – 243
2 *Dilling H*, *Mombour W*, *Schmidt MH*. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F). ed. Weltgesundheitsorganisation. Vol. 5. Bern: Hans Huber; 2005
3 *Drescher J*, *Cohen-Kettenis P*, *Winter S*. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. Int Rev Psychiatry 2012; 24: 568 – 577
4 *Drescher J*. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health 2013; 1: DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500(1)
5 *Meyer-Bahlburg HFL*. From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. Arch Sexual Behav 2010; 39: 461 – 476
6 *Richter-Appelt H*. Intersexualität nicht Transsexualität. Bundesgesundhbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2013; 56: 240 – 249
7 *Schweizer K*, *Richter-Appelt H*, Hrsg. Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2012
8 *Scharfetter C*. Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung. Bd. 1. Stuttgart: Thieme; 1976
9 *American Psychiatric Association*Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013
10 *Nieder TO*, *Richter-Appelt H*. Von der Transsexualität zur Geschlechtsdysphorie. In: Briken P, Berner M, Hrsg. Praxisbuch Sexuelle Störungen. Stuttgart: Thieme; [in Druck]
11 *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th Version. Minneapolis: WPATH; 2011
12 *Kreukels BP*, *Haraldsen IR*, *De Cuypere G* et al. A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. Eur Psychiatry 2012; 27: 445 – 450
13 *AMDP* ed. Das AMDP-System. Vol. 8. Göttingen: Hogrefe; 2008
14 *Meyer zu Hoberge S*. Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 2000. In: Sektion für Sexualmedizin. Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; 2009
15 *De Cuypere G*, *Van Hemelrijck M*, *Michel A* et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. Eur Psychiatry 2007; 22: 137 – 141
16 *Bakker A*, *van Kesteren PJ*, *Gooren LJ* et al. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 237 – 238
17 *Kuyper L*. Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. Tijdschrift voor Seksuologie 2012; 36: 129 – 135
18 *Heylens G*, *Elaut E*, *Kreukels BP* et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. Br J Psychiatry 2013: doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954
19 *Cole CM*, *O'Boyle M*, *Emory LE* et al. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. Arch Sexual Behav 1997; 26: 13 – 26
20 *De Cuypere G*, *Janes C*, *Rubens R*. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 180 – 184
21 *Hepp U*, *Kraemer B*, *Schnyder U* et al. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. J Psychosom Res 2005; 58: 259 – 261
22 *Nieder TO*, *Jordan K*, *Richter-Appelt H*. Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen – Eine Diskussion der Befunde zur Sexualdifferenzierung, geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und Geschlechtsidentität. Z Sexualforsch 2011; 24: 199 – 227
23 *Stoller RJ*. Sex and gender: The development of masculinity and femininity. London: Hogarth; 1968
24 *Zucker KJ*. Gender identity disorder in children and adolescents. Ann Rev Clin Psychology 2005; 1: 467 – 492
25 *Schweizer K*, *Nieder TO*. Variationen der somatosexuellen und psychosexuellen Entwicklung – Intersexphänomene, Geschlechtsdysphorie und transsexuelle Entwicklungen. In: Tabbert K et al., Hrsg. Körper, Sexualität und Neurobiologie. Stuttgart: Kohlhammer; 2013
26 *Rutzen KM*. Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter aus Expertensicht. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie. Hamburg: Universität Hamburg; 2012
27 *Steensma TD*, *Biemond R*, *de Boer F* et al. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry 2011; 16: 499 – 516
28 *Murad MH*, *Elamin MB*, *Garcia MZ* et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clin Endocrinol 2010; 72: 214 – 231
29 *Loh A*, *Simon D*, *Kriston L* et al. Shared decision making in medicine. Dtsch Arztebl International 2007; 104: 1483 – 1488
30 *Becker S*, *Bosinski HAG*, *Clement U* et al. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Z Sexualforsch 1997; 10: 147 – 156
31 *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)*. Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität, 2009. Einsehbar unter http://www.mds-ev.org/media/pdf/RL_Transsex_2009.pdf (Stand: 05/2013). Essen: MDS; 2013

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

zertifizierte kontinuierliche medizinische Fortbildung für Ärzte und Fachärzte
3
online CME
Thieme

CME-Fragen Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie

1 Welche Aussage zum Begriff der Geschlechtsrolle ist falsch?

A Die Geschlechtsrolle steht in einem Zusammenhang mit dem Verhalten einer Person.
B Die Geschlechtsrolle entspricht der Geschlechtsidentität einer Person.
C Die Geschlechtsrolle beinhaltet die Gesamtheit der kulturell typischerweise erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen der jeweiligen Geschlechtsform.
D Transgender-Personen fühlen sich in der Regel in der zugewiesenen Geschlechtsrolle nicht bzw. nicht vollständig wohl.
E Die den Geschlechtsrollen zugrunde liegenden Stereotype unterliegen einem Wandel innerhalb der sowie zwischen den Kulturen.

2 Was hat sich durch das DSM-5 in Bezug auf die sog. Störungen der Geschlechtsentwicklungen im hiesigen Kontext verändert?

A Nichts. Sie gelten weiterhin als Ausschlusskriterium.
B Bei Vorliegen einer Störung der Geschlechtsentwicklung muss sofort chirurgisch behandelt werden.
C Bei Vorliegen einer Störung der Geschlechtsentwicklung muss sofort endokrinologisch behandelt werden.
D Bei Vorliegen einer Störung der Geschlechtsentwicklung sollte diese zusätzlich codiert werden. Sie stellt kein Ausschlusskriterium dar.
E Es ist ohne Bedeutung, ob eine Störung der Geschlechtsentwicklung vorliegt.

3 Zu den Behandlungsmöglichkeiten der Geschlechtsdysphorie gehören …

A entweder Psychotherapie oder Behandlung mit Sexualhormonen und chirurgische Eingriffe
B ausschließlich Psychotherapie
C ausschließlich Behandlung mit Sexualhormonen
D ausschließlich chirurgische Eingriffe
E sowohl Psychotherapie als auch Behandlung mit Sexualhormonen und chirurgische Eingriffe

4 Welche Menschen bezeichnen sich mitunter als transsexuelle Frau?

A Eine Frau, die sich als Mann fühlt
B Eine Frau, die ein Mann sein will
C Eine Frau, deren körperliche Geschlechtsmerkmale ursprünglich maskuline Ausprägungen aufweisen
D Ein Mann, der sich vorübergehend gerne als Frau kleidet, jedoch nicht als Frau leben will.
E Ein Mann, der sich wünscht, eine Frau zu sein, aber weiterhin als Mann lebt.

5 Welches Ziel verfolgt die Revision der Diagnose Transsexualismus erstmals im Rahmen der Überarbeitung für die ICD-11?

A Überwindung der Psychopathologisierung von Transgender-Menschen
B Kostenträger bezahlen eine Hormonbehandlung
C Kostenträger bezahlen eine chirurgische Behandlungsmaßnahmen
D Ermöglichen einer Vornamens- und Personenstandsänderung
E Ermöglichen einer Heirat von Transgender-Menschen

6 Welche Aussage zur Einschätzung der Prävalenz transsexueller Menschen ist falsch?

A Die Änderung des Vornamens nach dem sog. Transsexuellengesetz ist als Außenkriterium zur Einschätzung der Prävalenz nicht ausreichend.
B Die Änderung des Personenstands nach dem sog. Transsexuellengesetz ist als Außenkriterium zur Einschätzung der Prävalenz ausreichend.
C Die Durchführung genitalangleichender Operationen ist als Außenkriterium zur Einschätzung der Prävalenz nicht ausreichend.
D Die Angaben zur Einschätzung erlebter Ambivalenz gegenüber dem eigenen Geschlecht sind als Außenkriterium zur Einschätzung der Prävalenz nicht ausreichend.
E Die Gruppe der Transgender-Menschen ist sehr heterogen; die Frage nach der Prävalenz und ihrer sinnvollen Erfassung bleibt daher ungeklärt.

7 Die Entstehung der Phänomene Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie ist …

A tiefenpsychologisch bedingt.
B neurobiologisch bedingt.
C normativ bedingt.
D molekulargenetisch bedingt.
E nicht erschöpfend geklärt.

8 Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit sollten jene Dynamiken innerhalb der psychosozialen und psychosexuellen Entwicklung berücksichtigt werden, die spezifisch verknüpft sind mit

A der körperlichen Geschlechtsentwicklung (u. a. Ablehnung des pubertätsbedingten Brustwachstums).
B dem Geschlechtsrollenverhalten (u. a. Beschimpfungen und Ausgrenzung durch andere).
C dem Geschlechtsidentitätserleben (u. a. Unsicherheit und Identitätsdiffusion).
D der Identitätsentwicklung im Allgemeinen (u. a. Gefühle von Isolation und Einsamkeit).
E allen zuvor genannten Aspekten und möglicherweise noch weiteren.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

9 **Zu den möglichen Maßnahmen zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Erscheinung von Frau zu Mann gehört häufig …**

A Androgensuppression (z. B. mit Cyproteronazetat)
B Entfernung des Brustdrüsengewebes (Mastektomie)
C Entfernung der Hoden (Testektomie)
D Reduktion des Adamsapfels (Chondrolaryngoplastik)
E Modifikation der Stimmhöhe (Phonochirurgie)

10 **Welche der folgenden Aussagen ist richtig?**

A „Echte Transsexuelle“ sind homosexuell orientiert (in Bezug auf ihr sogenanntes körperliches Geschlecht).
B Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut muss feststellen, ob „wirklich“ eine Transsexualität vorliegt.
C Verheiratete Personen müssen sich scheiden lassen, bevor ein juristischer Geschlechtswechsel vollzogen werden kann.
D Die sexuelle Orientierung stellt kein differenzialdiagnostisches Kriterium dar.
E „Echte Transsexuelle“ wollen sowohl eine Behandlung mit Sexualhormonen als auch genital- und brustchirurgische Maßnahmen.

CME-Fortbildung mit der PPmP

Zertifizierte Fortbildung Hinter der Abkürzung CME verbirgt sich „continuing medical education“, also kontinuierliche medizinische Fort- und Weiterbildung. Zur Dokumentation der kontinuierlichen Fortbildung der Ärzte wurde das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern etabliert. Hauptzielgruppe für das Fortbildungszertifikat sind Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, die im 5-jährigen Turnus einen Fortbildungsnachweis erbringen müssen. Es ist jedoch auch für Ärzte im Praktikum bzw. in der Facharztweiterbildung gedacht.

Die Fortbildungseinheit In den einheitlichen Bewertungskriterien der Bundesärztekammer ist festgelegt: „Die Grundeinheit der Fortbildungsaktivitäten ist der Fortbildungspunkt. Dieser entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde (45 Minuten)“. Für die erworbenen Fortbildungspunkte muss ein Nachweis erbracht werden. Hat man die erforderliche Anzahl von 250 Punkten gesammelt, kann man das Fortbildungszertifikat bei seiner Ärztekammer beantragen, welches man wiederum bei der KV (niedergelassene Ärzte) oder bei seinem Klinikträger (Klinikärzte) vorlegen muss.

Anerkennung der CME-Beiträge Die Fortbildung in der PPmP wurde von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung für das Fortbildungszertifikat anerkannt, das heißt, die Vergabe der Punkte kann direkt durch die Thieme Verlagsgruppe erfolgen. Die Fortbildung in der Klinischen Neurophysiologie gehört zur Kategorie „strukturierte interaktive Fortbildung“. Entsprechend einer Absprache der Ärztekammern werden die von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch von den anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt.

Datenschutz Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung dieser Fortbildungseinheit verwendet. Es erfolgt keine Speicherung der Ergebnisse über die für die Bearbeitung der Fortbildungseinheit notwendige Zeit hinaus. Die Daten werden nach Versand der Testate anonymisiert. Namens- und Adressangaben dienen nur dem Versand der Testate. Die Angaben zur Person dienen nur statistischen Zwecken und werden von den Adressangaben getrennt und anonymisiert verarbeitet.

Teilnahme Jede Ärztin und jeder Arzt soll das Fortbildungszertifikat erlangen können. Deshalb ist die Teilnahme am CME-Programm des Gesundheitswesens nicht an ein Abonnement geknüpft! Die Teilnahme ist im Internet unter http://cme.thieme.de möglich. Man muss sich registrieren, wobei die Teilnahme an Fortbildungen abonnierter Zeitschriften ohne Zusatzkosten möglich ist.

Teilnahmebedingungen Für eine Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates. Hierfür müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet sein.

CME-Fortbildung für Nicht-Abonnenten Teilnehmer, die nicht Abonnenten der PPmP, können für die Internet-Teilnahme dort direkt ein Guthaben einrichten, von dem pro Teilnahme ein Unkostenbeitrag abgebucht wird.

Teilnahme online unter **http://cme.thieme.de**

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

CME.thieme.de

CME-Teilnahme

- Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter http://cme.thieme.de
- Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter http://cme.thieme.de/hilfe finden Sie eine ausführliche Anleitung.

View publication stats